



Solicitud de explicación de divulgaciones de información protegida de salud

La información protegida de salud (PHI) hace referencia a la información sobre su salud. Para que podamos procesar la solicitud, debe completar y firmar esta forma.

1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Número de identificación de miembro	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Número de teléfono
Calle		
Ciudad, estado, código postal		

2. Descripción del informe de explicación

Una vez que recibamos esta forma de solicitud firmada, le enviaremos el informe de explicación. Las divulgaciones incluidas en el informe corresponden a motivos que no son tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud.

3. El plazo cubierto por el informe de explicación no puede ser superior a seis (6) años desde la fecha de solicitud

Mi solicitud es para las siguientes fechas:

_____ hasta el _____

DD/MM/AAAA DD/MM/AAAA

4. ¿Adónde le enviamos este informe de explicación?

¿Quién recibirá este informe de explicación?

Miembro Representante legal del miembro Padre o madre biológicos o adoptivos del miembro

Nombre de la persona que recibe el informe (en letra de imprenta)

Dirección de la persona que recibe el informe

Ciudad, estado, código postal

Información importante:

- Al firmar esta forma, permito que el **plan Aetna Better Health Premier** entregue un informe de explicación de divulgaciones de PHI sobre el miembro indicado en la **sección 1** a la persona identificada en la **sección 4**.
- Esta aprobación corresponde únicamente a esta solicitud.
- La persona que recibe el informe puede volver a divulgar la información que contiene. Si ese es el caso, dicha información puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.
- No se incluirán las divulgaciones de hace más de seis años contados desde la fecha en que se presentó esta solicitud.

5. Firma del miembro o del representante autorizado

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si esta forma fue firmada por un representante legal, describa la relación (padre, madre, tutor legal, representante con poder legal, representante personal)	

Ser **representante autorizado** significa que tiene una prueba legal que demuestra que puede actuar en representación de esta persona.
 Un representante firma en nombre de una persona que no lo puede hacer legalmente por su cuenta. Si el miembro es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal deberán firmar en su nombre. Si usted es representante, además de firmar esta forma, debe enviar prueba legal que demuestre que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene preguntas? Podemos ayudarlo. **Llame al plan Aetna Better Health Premier al [1-855-676-5772 \(TTY: 711\)](tel:1-855-676-5772)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Firme y envíe esta forma completa a la siguiente dirección: Aetna HIPAA Member Rights Team
 P.O. Box 14079
 Lexington, KY 40512-4079**

También puede enviarla por fax: [1-859-280-1272](tel:1-859-280-1272)

Le responderemos en 60 días.

Puede obtener este documento sin cargo en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al [1-855-676-5772 \(TTY: 711\)](tel:1-855-676-5772), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

El plan Aetna Better Health Premier es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Michigan para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.